
ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Direction de la Santé Publique

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

CAHIER DES CHARGES

*Petite enfance
Alimentation
Corpulence
Activité
Physique*

2020



ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

SOMMAIRE

1. AMELIORER LA SANTE DE CHACUN PAR L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITE PHYSIQUE UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE.....	3
2. ENJEUX DE SANTE	3
3. OBJECTIF ET PERIMETRE	4
3.1. OBJECTIF	4
3.2. PUBLICS CIBLES.....	5
3.3. TERRITOIRES PRIORISES.....	5
3.4. LES DYNAMIQUES INTERSECTORIELLES ET TERRITORIALES	6
3.5. MODALITES D'INTERVENTION	6
3.5.1. LES 6 PRINCIPES D'INTERVENTION ATTENDUS.....	7
3.5.2. STRUCTURES POTENTIELLES D'INTERVENTION	8
3.5.3. SUPPORTS OU APPUIS DISPONIBLES	9
4. CRITERES DE SELECTION DES PROJETS ET EVALUATION.....	9
4.1. CRITERES DE SELECTION	9
4.2. EVALUATION.....	10
5. FINANCEMENT DES PROJETS	12
6. ANNEXES.....	12

1. Améliorer la santé de chacun par l'alimentation et l'activité physique un enjeu majeur de santé publique

La Stratégie Nationale de Santé (SNS 2018-22), mise en place par le ministère de la santé, reprend cet objectif et le décline par différents plans et programmes tels que le Plan National Santé Publique (PNSP = Priorité prévention), le Programme National Nutrition Santé (PNNS 2019-23), le Programme National pour l'Alimentation (PNA 2019-23), le Plan National Sport Santé (PNSS 2019-24)... Elle donne comme priorité à la politique de prévention-promotion de la santé, notamment dans le domaine de la nutrition, de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

« En France, près de la moitié des adultes et 17% des enfants sont en surpoids ou obèses. Les inégalités sociales et territoriales se creusent et la nutrition en est un indicateur implacable. Ainsi près d'un quart des enfants dont les parents ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont en surpoids alors qu'ils ne sont que 10% chez les parents dont le diplôme équivaut à une licence ».¹

L'ARS décline cet objectif au travers de son Projet Régional de Santé (PRS) 2018-28 et de son Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-23. Le SRS prévoit de «développer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des nouveaux nés, des enfants en bas âges, des jeunes et de leurs parents, plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, [...] qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé ».

Le **présent cahier des charges régional présente le dispositif « PACAP 2020 »** permettant de promouvoir une alimentation équilibrée et de l'activité physique auprès des jeunes enfants de 0 à 6 ans, en incitant les acteurs de la prévention à prendre en compte la réduction des inégalités sociales de santé dans une démarche d'universalisme proportionnée. L'objectif est de prévenir le surpoids, l'obésité et les autres troubles nutritionnels dès le plus jeune âge sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

2. Enjeux de santé

La nutrition est un facteur de protection ou de risque des maladies non transmissibles comme par exemples l'obésité, le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 ... Les recherches scientifiques ont permis de préciser le rôle que jouent l'inadéquation des apports nutritionnels, le manque d'activité physique et la sédentarité dans le développement de ces pathologies chroniques. L'amélioration de l'état nutritionnel est donc un enjeu de santé majeur en France, comme dans le reste du monde.

Les dernières études nutritionnelles² en France permettent de dresser le constat suivant à propos des enfants. Entre 2006 et 2015, la prévalence du surpoids (obésité incluse) des enfants est restée stable. Cette stabilisation s'est toutefois effectuée de façon inégale selon les catégories socio-économiques.

¹ Introduction du PNNS 4 par la ministre Agnès Buzyn

² Santé Publique France. ESTEBAN 2014-2015, juin 2017.

Santé Publique France. Corpulence des enfants scolarisés en CE1-CE2 en France en 2016, juillet 2018

En 2015, chez les enfants de 6 à 17 ans, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était estimée à 17 %, dont 4 % d'obèses.

En 2015, seulement 51% des garçons et 33% des filles de 6 à 17 ans atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Ce niveau d'activité physique varie en fonction du sexe et de l'âge. Les enfants ayant entre 6 et 10 ans sont les plus actifs : 70% des garçons et 50% des filles atteignent les recommandations de cette tranche d'âge, contre respectivement 33% et 20% lorsqu'ils ont plus de 10 ans.

Quant à la sédentarité des enfants, elle a augmenté. En moyenne, entre 2006 et 2015, le temps quotidien passé devant un écran a augmenté de 25 minutes chez les enfants de 6-10 ans, d'1h15 chez les enfants de 11-14 ans et de près de 2h chez les 15-17 ans.

Concernant les apports nutritionnels des enfants, les consommations de sel et de boissons sucrées restent trop élevées. Celles des fruits et légumes, de poisson, des fibres sont trop faibles par rapport aux recommandations.

Seule l'enquête nationale³ de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO) faite tous les 2 ans à partir de données mesurées permet d'avoir des **données régionales** sur les enfants. L'enquête réalisée en 2012-2013 en grande section de maternelle permet d'obtenir les données suivantes sur le territoire ZEAT Centre-Est⁴ (Auvergne et Rhône-Alpes), qui correspond à notre actuelle région :

- 10% des élèves de 5-6 ans étaient en surpoids (obésité incluse) contre 11,9% au niveau national
- et 2,8% des élèves de 5-6 ans étaient en situation d'obésité contre 3,5% au niveau national.

De bonnes habitudes concernant l'alimentation et l'activité physique s'acquièrent dès l'enfance et influent non seulement sur la santé, sur le développement physique et psychique des jeunes, mais conditionnent aussi les pratiques à l'âge adulte. C'est pourquoi, il est primordial d'agir dès le plus jeune âge selon les recommandations de Santé Publique France⁵.

3. Objectif et périmètre

3.1. OBJECTIF

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes accompagnera **la montée en compétences** des acteurs de la petite enfance sur le thème de la nutrition sur **l'ensemble des territoires défavorisés** de la région, pendant la durée du PRS.

La région comptant 783 communes classées défavorablement, les actions seront donc financées uniquement sur ces territoires, selon un calendrier pluriannuel mais les financements ne seront pas renouvelés à la fin de l'action.

Il est donc important que le projet prévoie et explicite les conditions de la **pérennité de l'action**.

³ Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO), état de santé de la population en France Rapport 2017 DREES-SPF.

⁴ La zone d'études et d'aménagement du territoire, couramment abrégée sous le sigle ZEAT, est une subdivision territoriale de la France qui correspond à la première catégorie de la nomenclature d'unités territoriales statistiques (NUTS 1) de l'Union européenne.

⁵ Santé Publique France, Etat des connaissances – Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes – Résultats de l'action 11.6 du Plan Cancer 2014-2019, Décembre 2017.

Les formations de la communauté socio-éducative (et de santé) et les modifications de l'environnement autour de l'enfant sont donc une priorité pour assurer des **changements durables des comportements**.

3.2. PUBLICS CIBLES

Les **enfants de 0 à 6 ans** représentent la cible de l'action, mais cette action est aussi et surtout à destination des **personnes relais** gravitant autour de ce public. Ces personnes relais, dans l'entourage de l'enfant, comprennent les **parents**, les **professionnels de la petite enfance**, les **enseignants**, les **ATSEM**, les **infirmiers municipaux de santé scolaire**, les **professionnels sociaux** (éducateurs, ...) ...

Le projet s'adresse de façon globale aux enfants d'un établissement, d'un centre social ou d'un territoire et ne cible à priori pas spécifiquement de sous-groupes comme les enfants déjà en surpoids ou obèses.

Attention : Les actions ciblant les personnes en situation de grande précarité, bénéficiaires de l'aide alimentaire, sans domicile individuel qui ne disposent pas des conditions préalables à la santé édictées dans la Charte d'Ottawa pour pouvoir agir sur leur consommation alimentaire et leur activité physique (la paix, un abri, de la nourriture et un revenu...) sont exclues de ce cahier des charges (relèvent du PRAPS [Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins]).

3.3. TERRITOIRES PRIORISES

Ce cahier des charges concerne l'**ensemble des départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes**.

Du fait de l'absence de données épidémiologiques infrarégionales sur la surcharge pondérale des enfants et de la corrélation forte entre catégorie sociale et obésité de l'enfant, l'ARS a retenu le critère FDep⁶ et les quartiers prioritaires de la politique de la ville pour cibler les territoires d'intervention.

FDep : Indice de défavorisation sociale

Elaboré par l'Inserm, l'indice de défavorisation sociale permet de caractériser la situation socio-économique des familles pour rendre compte des disparités territoriales. Il combine quatre variables issues du recensement de la population et des déclarations fiscales :

- Le revenu fiscal médian par unité de consommation
- La part des diplômés de niveau baccalauréat dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée
- La part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans
- La part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans

L'indice est défini à l'échelle communale et infra-communale, sur l'ensemble du territoire métropolitain. Il est illustré en quintile : du quintile le moins défavorisé (Q1) au quintile le plus défavorisé (Q5).

Ainsi, les territoires prioritaires dans ce cahier des charges comprennent :

⁶ Par rapport à d'autres indices écologiques, le FDep est disponible à une échelle territoriale assez fine (commune voire IRIS). Il est calculé à partir des données du recensement de la population ce qui permet une actualisation assez régulière par l'Inserm. Cet indice capte à la fois le désavantage social en milieu urbain et en milieu rural, comme en témoigne un article de Bertin et al. [Bertin, 2014].

M. Bertin, et al. *Can a deprivation index be used legitimately over both urban and rural areas?* International Journal of Health Geographics, BioMed Central, 2014, 13, pp.22.

- les **communes** ou les **IRIS** faisant parti du quintile le plus défavorisé de l'indice de défavorisation sociale (FDep13), c'est-à-dire les territoires en **Q5**.
- les **quartiers prioritaires de la politique de la ville** tels qu'ils ont été définis par le décret n°2014-1750 du 30 décembre 2014.

Le cahier des charges admet toutefois une exception, elle concerne les écoles maternelles classées **en Réseau d'Education Prioritaire (REP et REP+)**. Ces dernières rentrent dans le cahier des charges même si elles ne sont pas localisées sur les zonages prioritaires (territoires Q5 ou QPV).

Le nombre d'enfants de 0 à 5 ans⁷ sur les territoires est un critère à prendre en compte dans le choix des territoires.

3.4. LES DYNAMIQUES INTERSECTORIELLES ET TERRITORIALES

L'intersectorialité et la dynamique territoriale formalisée sont les **2 critères obligatoires pour l'étude du projet par l'ARS**.

Le projet est **intersectoriel**, c'est-à-dire qu'il mobilise des partenaires de différents secteurs (éducation nationale, collectivités territoriales, associations, clubs sportifs, professionnels de santé, association de parents...). Au moins **3 secteurs** sont concernés.

Il est important d'identifier la **dynamique territoriale** et/ou de la favoriser, si cette dernière n'est pas déjà présente. Ainsi, dans le cadre d'une **intervention d'ampleur territoriale**, il est essentiel de mobiliser et d'obtenir l'engagement d'acteurs locaux et/ou d'acteurs institutionnels particulièrement sensibles aux questions de santé et de qualité de vie des populations. Cette dynamique doit se traduire par au moins un des éléments suivants :

- la **signature d'une convention de partenariat** avec la formalisation des engagements des partenaires et d'un éventuel un co-financement du projet;
- l'intégration du projet dans un des **dispositifs locaux de coordination** déjà présents (Atelier Santé Ville (ASV), Contrat Local de Santé (CLS), Projet Alimentaire Territorial (PAT), charte PNNS signée par une collectivité territoriale ...);

De plus, la **création d'un comité de pilotage du projet**, représentatif de l'intersectorialité devra être constituée.

3.5. MODALITES D'INTERVENTION

Les interventions devront s'inscrire dans une **approche socio-écologique** de la santé, afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. En effet, la santé d'une personne ne dépend pas seulement de ses comportements individuels, mais également des environnements dans lesquels elle évolue (environnements sociaux, physiques, économiques, culturels, médiatiques...).

⁷ Les enfants ciblés sont bien ceux ayant entre 0 et 6 ans mais les données disponibles et trouvées sur le recensement de la population de l'Insee établissent des classes de 0 à 2 ans, de 3 à 5 ans, de 6 à 10 ans ... Ce sont seulement les 2 premières classes qui ont été prise en compte pour élaborer ces quotas.

3.5.1. LES 6 PRINCIPES D'INTERVENTION ATTENDUS

Selon les recommandations de Santé Publique France, pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes⁸, et selon la démarche ICAPS⁹ reconnue efficace par l'OMS, sont attendues des interventions "globales ou multi-cibles" sur la **même communauté d'enfants**. Ces interventions comprennent des actions à destination des enfants ET des actions **sur leurs environnements socio-écologiques**.

En effet, il est essentiel de prendre en compte les interactions des enfants avec leurs milieux de vie (famille, établissement scolaire, structures d'accueil et de loisirs de proximité).

1- Ces interventions doivent combiner des activités au minimum sur **2 thématiques** : l'**alimentation ET sur l'activité physique/sédentarité**. Une troisième thématique peut être intégrée telle que le sommeil, la santé bucco-dentaire, ...

2- Pour être **globales**, les interventions doivent concernées au minimum **3 cibles**, dont obligatoirement, les enfants, leur famille (parents ou grands-parents) et **au moins** une communauté professionnelle qui encadrent les enfants ciblés (professionnels de la petite enfance, enseignants, personnels de restauration, ATSEM, éducateurs de centres de loisirs ou acteurs de santé....). Elles doivent adopter une approche pratique basée sur une **pédagogie participative** pour favoriser l'implication et l'expression de tous les participants (ateliers, café des parents, ...) et **respectueuse des pratiques culturelles** des publics.

Elles doivent s'inscrire dans la **durée** (au minimum une année scolaire pour les établissements scolaires et une année pour les autres structures).

Ces interventions doivent former un **ensemble d'actions articulées entre elles et rapprochées**. Il ne s'agit pas uniquement d'actions événementielles ou d'une série d'actions ponctuelles.

Un **calendrier** formalisera le séquençage des actions.

3- Les interventions doivent intégrer de la **formation des professionnels** en contact de la communauté d'enfants, le tout dans une optique de pérennisation de l'action.

Il faudra **au minimum 7 heures auprès des mêmes professionnels** pour que cela soit considéré comme de la formation (en-dessous, il s'agira d'une sensibilisation). Les formations **pluri-professionnelles** seront à privilégier.

4- Les professionnels formés seront accompagnés, pendant la durée du projet, à la **mise en place d'action d'éducation à la santé à destination des enfants** afin de pouvoir les réaliser en autonomie à la fin du projet.

5- Les interventions qui ciblent les **parents**, doivent permettre le **renforcement des compétences psycho-sociales**. A certains moments, les actions doivent mobiliser en même temps les enfants et les parents.

⁸ Santé Publique France, Etat des connaissances – Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes – Résultats de l'action 11.6 du Plan Cancer 2014-2019, Décembre 2017.

⁹ Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité. <https://www.cndaps.fr/la-demarche-icaps-0-6.html>

6- Les interventions doivent s'accompagner d'au moins une **modification de l'environnement physique de l'enfant** et de ses parents. Cela peut concerner soit l'aménagement du territoire, soit l'organisation de nouvelles activités.

Elles sont en lien avec l'environnement institutionnel qui possède le pouvoir de décision pour agir.

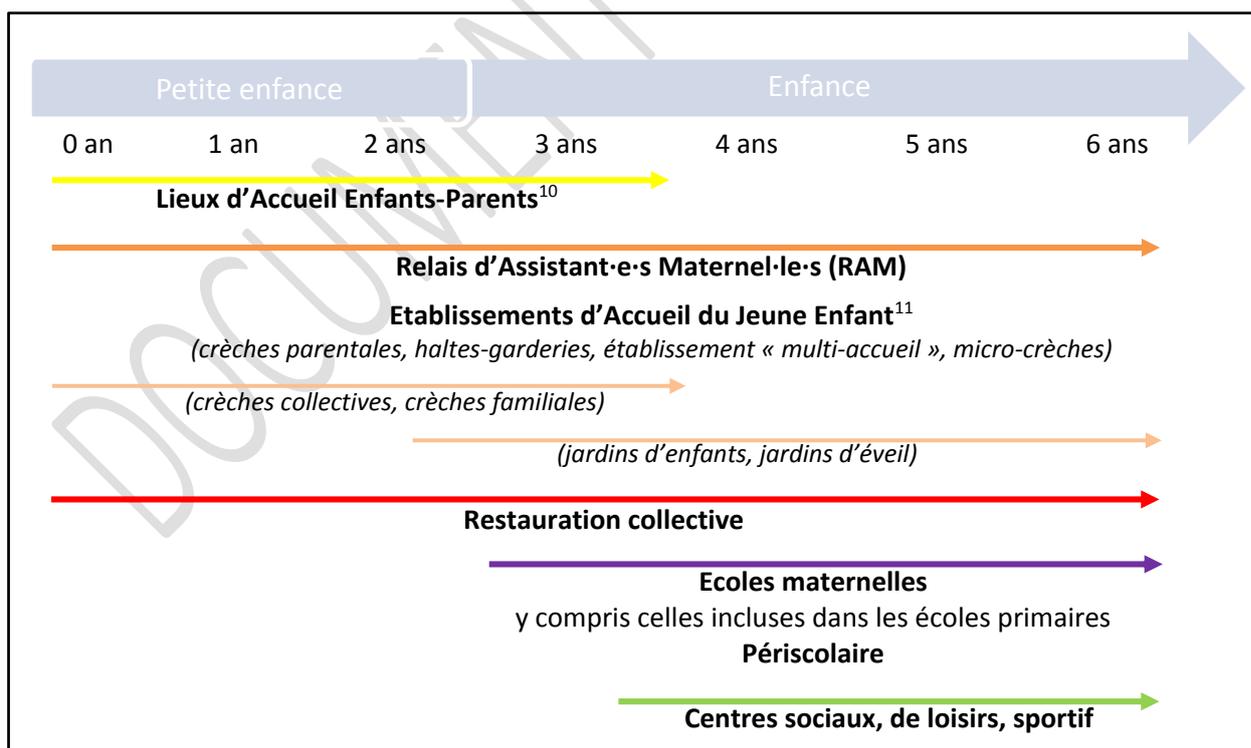
Quelques exemples d'actions (non exhaustifs) :

- proposer de nouvelles activités régulières intégrer dans l'emploi du temps de l'enfant comme par exemple sportive, ...
- adapter les transports scolaires aux horaires des activités,
- organiser un pédibus
- créer de nouvelles pistes cyclables
- aménager un garage à trottinettes et à vélos
- aménager des aires de jeux
- favoriser l'accès à une alimentation équilibrée par l'intermédiaire de paniers solidaires
- conduire des actions en lien avec la restauration collective

3.5.2. STRUCTURES POTENTIELLES D'INTERVENTION

Ce tableau présente les structures autour de l'enfant pouvant être impliquées dans les actions PACAP.

D'autres structures accueillant le public cible peuvent être impliquées si elles sont localisées sur les territoires priorités.



Structures en lien avec les enfants, de la naissance à leurs 6 ans

¹⁰ Espaces conviviaux accueillants de jeunes enfants accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte référent, ils constituent un espace de jeu pour les enfants et un lieu de parole pour les adultes.

¹¹ D'après l'Onape (Observatoire national de la petite enfance), L'accueil du jeune enfant en 2018, Edition 2019. http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire_petite_enfance/31448%20CNAP%20ACCUEIL%20ENFANT%202019_exe_BD.pdf
Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) regroupent plusieurs catégories d'établissements conçus et aménagés afin de recevoir dans la journée, collectivement ou non, de façon régulière ou occasionnelle, des enfants âgés de moins de 6 ans placés sous la responsabilité de professionnel(le)s de la petite enfance.

Certains lieux d'intervention demandent des modalités adaptées et/ou des autorisations des structures. C'est notamment le cas pour toutes les actions proposées **en milieu scolaire**.

Les associations porteuses d'actions PACAP qui désirent mobiliser le milieu scolaire devront au préalable vérifier que leurs interventions:

- S'inscrire dans les priorités académiques définies par les rectorats. Les promoteurs expliqueront dans leur projet si un lien est fait avec le parcours éducatif en santé.
- S'inscrire dans le cadre du projet d'école, en particulier dans une démarche d'éducation à la santé.
- Développer un partenariat avec le service de santé scolaire, les infirmières et médecins scolaires

Elles devront avoir obtenu l'autorisation du directeur d'établissement et informer l'inspecteur d'académie (IA) ou le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN).

De plus, dans le cas d'interventions régulières : les associations doivent également être agréées par l'Education Nationale.

A FAIRE VALIDER PAR L'EN

3.5.3. SUPPORTS OU APPUIS DISPONIBLES

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes, l'Association Départementale d'Education pour la Santé (ADES) du Rhône et l'Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de l'Ain (ADESSA) proposent des ressources et un soutien méthodologique pour le développement et l'accompagnement de projet contribuant à réduire les inégalités de santé et améliorer la santé des personnes dans sa dimension globale. Ces services s'adressent aux professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, mais également aux institutions, aux entreprises, aux élus et aux bénévoles d'associations.

L'association « Passerelles.info » a réalisés différents supports d'accompagnement destinés à soutenir les enseignants dans une démarche d'éducation à la santé avec des modules d'activités pour favoriser l'animation pédagogique. Ces modules, très détaillés, se veulent faciles à mettre en œuvre et ne demandent pas de matériel onéreux ou difficile à se procurer.

4. Critères de sélection des projets et évaluation

4.1. CRITERES DE SELECTION

La grille suivante expose les critères de sélection de tous projets PACAP. Elle est une aide à l'instruction des projets. Elle est divisée en 2 parties :

- les clauses préalables qui reprennent les points '3.2' à '3.4' du présent cahier des charges Elles doivent être remplies pour permettre une instruction complète du dossier.
- les caractères opérationnels du projet qui reprennent le point '3.5.1' du cahier des charges.

Critères de sélection PACAP

	Oui	Non	Commentaires
CLAUSES PREALABLES			
Réalisation du projet sur un territoire identifié comme prioritaire : FDep13 Q5, QPV, écoles REP/REP+			
Public ciblé : les enfants de 0 à 6 ans			
Démarche intersectorielle : implication d'au moins 3 secteurs dans le projet			
Dynamique territoriale (au min. un des deux points suivants)			
<ul style="list-style-type: none"> • Signature de convention de partenariat • Inscription dans un dispositif local de coordination (ASV, CSL, PAT,...) 			
Création d'une instance de coordination (COFIL, ...)			
Si les clauses préalables sont remplies, les caractères opérationnels peuvent être étudiés.			
CARACTERES OPERATIONNELS DU PROJET			
Actions en lien avec l'alimentation ET l'activité physique			
Actions à destination de 3 cibles populationnelles (<i>enfants, parents, communauté socio-éducative</i>)			
Calendrier d'intervention (<i>pour la durée et la fréquence des actions</i>)			
Mise en place de formation pour les professionnels en contact avec les enfants (<i>minimum 7h</i>)			
Accompagnement des professionnels en contact des enfants à la réalisation d'actions			
Actions à destination des parents			
Actions de modification de l'environnement physique			

4.2. EVALUATION

Un suivi quantitatif détaillé et approfondi doit être mené pour permettre de répondre à une enquête par questionnaire **à la fin du projet et sur la durée totale du projet**. Elle sera à remplir obligatoirement par le promoteur de l'action (avec l'aide de la/des structure(s)). Elle conditionnera le financement du porteur de projet sur un autre territoire.

Dans l'éventualité où un promoteur agit sur différents territoires prioritaires et cible ainsi différentes communautés d'enfants, il devra répondre plusieurs fois au questionnaire.

Les réponses à ce questionnaire permettront de poursuivre le travail de cartographie des actions PACAP considérées comme probantes.

Si dessous, une idée des indicateurs abordés pour la création du questionnaire.

Outil d'aide à l'anticipation de l'évaluation

	Critères	Indicateurs
Cartographie	Réalisation du projet sur un territoire identifié comme prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> → Type de territoire : Q5, QPV, écoles REP/REP+ → Nombre de structure(s) touchée(s) → Nom(s) de la/des structure(s) → Adresse (pour chaque structure) : <ul style="list-style-type: none"> - Numéro de voie - Type de voie - Nom de la voie - Code postal - Commune - Code Officiel Géographique (code Insee)
Gouvernance	Démarche intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de secteurs impliqués → Type des secteurs
	Signature d'une convention de partenariat	<ul style="list-style-type: none"> → Oui/Non → Entre qui ?
	Inscription dans un dispositif local de coordination	<ul style="list-style-type: none"> → Oui/Non → Type : ASV, CLS, PAT, charte PNNS, autres ?
	Création d'une instance de coordination	<ul style="list-style-type: none"> → Oui/Non → Nombre de membres → Secteurs représentés → Professions des membres → Nombre de réunions
Thématiques	<ul style="list-style-type: none"> Alimentation Activité physique Autre(s) ? 	<ul style="list-style-type: none"> → Oui/Non → Oui/Non → Oui/Non, laquelle/lesquelles ?
Actions en direction du public	<i>Enfants</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Public ciblé 0-6 ans : Oui/Non → Autres tranches d'âge : Oui/Non (laquelle) → Nombre d'actions à destination exclusive des enfants → Nombre total d'enfants touchés
	<i>Parents</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre d'actions à destination exclusive des parents → Type d'interventions → Nombre total de parents participants
	<i>Enfants et parents</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre d'actions mise en place à la fois à destination des enfants et des parents
	<i>Professionnels de la communauté socio-éducative</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre d'actions mise en place <ul style="list-style-type: none"> Dont formation Dont accompagnement à la mise en place d'actions → Nombre de sessions de formation → Durée total de formation (en heures) → Nombre de professionnels présents → Profil(s) des professionnels
Actions de modification de l'environnement	Aménagement du territoire	<ul style="list-style-type: none"> → Oui/Non → Nombre d'action(s) → Type d'intervention(s)
	Organisation des structures	<ul style="list-style-type: none"> → Oui/Non → Nombre d'action(s) → Type d'intervention(s)

5. Financement des projets

Conscient des exigences du cahier des charges, l'ARS propose de financer sur une durée d'un an, la construction de la dynamique de projet sur un territoire. A l'issue, le promoteur de l'action présentera son projet pour validation ou refus.

Les financements octroyés peuvent être pluriannuels, pouvant aller jusqu'à 2 à 3 ans selon l'envergure du projet (dimension de l'inter sectorialité, nombre de lieux d'intervention....).

6. Annexes

Sont annexés à ce cahier des charges :

- L'atlas « PACAP – Cartes prospectives pour la mise en place des futures actions »
- Le tableur Excel avec la liste des territoires (commune ou IRIS) classés les plus défavorablement par l'indice FDep13

DOCUMENT DE TRAVAIL

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

